

様式 45

事業主 經由
JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

海外療養費

被保険者療養費・一部負担還元金
家族療養費・家族療養付加金

兼高額療養費 支給申請書

該当者 いずれかに○印		本人
		家族

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	会社名	所 属				
				電話番号				
	受診者氏名	続柄		生年月日	年	月	日	
	傷病名			診療開始日	年	月	日	
	診療期間	入院	年	月	日より	年	月	日まで
		通院	年	月	日より	年	月	日まで
	医療機関名 および医師名							
	発病または 負傷の 年月日 原因	原因		年	月	日		
	診療費	外 貨	邦貨換算額		円			
	希望送金先 (退職者のみ)	銀行名	ゆうちょ銀行不可		銀行コード			預金種別
支店名				支店コード			普通 当座 貯蓄	
口座名義		カタカナで記入		口座番号				
<p>上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>円</p> <p>被保険者住所 _____</p> <p>被保険者氏名 _____ 電話番号 _____</p> <p>被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記入して下さい。 マイナンバーを記載した場合は、本人確認する為の添付書類が必要です。</p>								
		支給対象額	支払区分	健保受付印				
		円	1. 個人 2. 任継 上記以外事業主					

注 意 事 項

1. 文字は、わかりやすく書いてください。
住所は何棟、何号室、何々方等最後まで書いてください。
2. この請求証は、被保険者記入、押印後、領収書、診療内容明細書、領収明細書、旅券・航空券その他海外に渡航した事実が確認できる書類の写、調査に関わる同意書2枚（同意書と署名・捺印書）を添付して事業主を経由して健康保険組合に提出してください。
3. 添付書類が外国語で記載されている場合は、日本語の翻訳文を添付してください。翻訳文には翻訳者の氏名および住所を記載してください。
4. 原則として20日までに請求された分については、翌月の20日に事業主に支払い、事業主から被保険者への支払いとなります。
5. 退職その他で会社給与のない方にはご希望の金融機関（ゆうちょ銀行不可）宛に送金しますので、希望送金先を記入してください。なお、任意継続被保険者は郵便貯金口座に送金します。
6. 送金の場合、金融機関の休日等の都合で指定口座への入金が3～5日送れますのであらかじめご了承ください。
7. 請求印は、必ず押印してください。

JFE健康保険組合所在地	〒	TEL	FAX
東京都千代田区内幸町一丁目3番3号 内幸町ダイビル4階	100-0011	03-3597-3333	03-3597-3324